



Svensk sjukvård i internationell jämförelse

INTERNATIONELL JÄMFÖRELSE 2018



Sveriges
Kommuner
och Landsting

Förord

Den svenska hälso- och sjukvården omfattar hela befolkningen, är i huvudsak skattefinansierad och tillhandahålls via landsting och regioner. Drygt en tiondel av samhällets resurser går till sjukvården. Det är därför av avgörande betydelse att vårdens resurser används väl, ger goda resultat och bidrar till befolkningens hälsa.

För att få ett grepp om den svenska sjukvårdens kvalitet och dess effektivitet behövs något att jämföra med. I denna rapport jämförs den svenska sjukvårdens prestationer med andra länders, med 12 länder inom EU, plus Kanada, Norge och USA. Det handlar, vardagligt uttryckt, om huruvida den svenska sjukvården ger värde för pengarna, i jämförelse med vad man får ut av vården i andra rika länder.

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) följer kontinuerligt den svenska sjukvårdens kvalitet och effektivitet på en rad olika sätt. Åren 2005, 2008 och 2015 publicerades internationella jämförelser, med samma upplägg som i denna rapport.

Sedan år 2006 genomför SKL, tillsammans med Socialstyrelsen, Öppna Jämförelser av hälso- och sjukvårdens kvalitet och effektivitet, där de 21 landstingen i Sverige jämförs med varandra. Det finns också separata Öppna Jämförelser av olika delar av vården, exempelvis för cancervård och läkemedel.

Dessa jämförelser är ett led i SKL:s strävan efter att göra alla delar av hälso- och sjukvården transparent och öppen för insyn, men också ett led i utvecklingen mot en ännu bättre vård.

Rapporten har skrivits av Roger Molin på Avdelningen för Ekonomi och Styrning vid SKL. Einar Sjölund, från samma avdelning, har ansvarat för datainsamling och statistisk analys. Fredrik Westander, Avdelningen för Vård och omsorg har bidragit med bred kunskap kring internationella jämförelser.

Stockholm i juni 2018

Vesna Jovic,

VD, Sveriges Kommuner och Landsting

Innehåll

1. Sammanfattning och utgångspunkter	3
Sammanfattning.....	3
Tidigare jämförelser.....	3
2018 års jämförelse.....	4
Utgångspunkter.....	5
2. En jämförelse av kvalitet och effektivitet i 16 länder	8
Sammanfattning.....	8
Vi jämför länderna avseende världens utfall.....	9
Sverige toppar kvalitetsindex.....	10
Folkhälsfaktorer är avgörande för vissa länder.....	11
Kvalitet i relation till kostnader – effektivitet.....	13
Sverige på plats två avseende effektivitet.....	14
Sverige på fjärde plats när det gäller väntetider.....	15
3. Andra internationella jämförelser där Sverige ingår	17
Agenda 2030.....	18
“The Global Burden of Disease Study 2015”.....	18
Concorde.....	19
Euro Health Consumer Index 2016.....	19
Euro Heart Index 2016.....	20
Health Care System Performance.....	20
Mestadels hög ranking för Sverige i andras internationella jämförelser..	21
Bilaga:	22
Indikatorerna i kvalitetsindex.....	22

Sammanfattning och utgångspunkter

Sammanfattning

I denna rapport jämförs hur den svenska sjukvården står sig i förhållande till vården i andra länder; 12 länder i EU; Belgien, Danmark, Finland, Frankrike, Irland, Italien, Nederländerna, Portugal, Spanien, Storbritannien, Tyskland och Österrike, plus Kanada Norge och USA. De är alla relativt rika länder med förutsättningar att tillhandahålla högklassig sjukvård.

Vår jämförelse visar att den svenska vården klarar sig utmärkt i en jämförelse med dessa länder. Sverige ligger i en toppgrupp när det gäller medicinska resultat och effektivitet, på första plats i kvalitetsindexet och på delad andra plats i indexet över effektivitet.

I rapporten redovisas också undersökningar gjorda av andra organisationer, också enligt dessa presterar Sverige i internationell toppklass, i synnerhet när det gäller olika aspekter på medicinsk kvalitet.

När det gäller väntetider har Sverige ofta rankats lågt, inte minst gäller det när befolkningen eller patienter tillfrågats i olika enkäter.

I denna jämförelse har vi dock för första gången kunnat ta med ett avsnitt om faktiska väntetider. Sverige gör för 2017 en mera komplett rapportering av väntetider till vissa operationer till OECD, och möjliggör därmed jämförelser med andra länder. Det gäller väntetider till sex vanliga operationer; grå starr, hjärtkirurgi, protesoperation i höft och knä, borttagande av livmoder och operation vid prostataförstoring.

Av de tio länder som ingår har Nederländerna de kortaste väntetiderna följt av Danmark och Italien, med Sverige på fjärde plats. När de faktiska väntetiderna jämförs kommer Sverige således betydligt högre upp än i tidigare jämförelser som byggts på enkätdata.

Tidigare jämförelser

Även när SKL år 2005 publicerade sin första internationella jämförelse var slutsatsen att Sverige presterade väl, jämfört med andra länder. Det gällde såväl tillgång till vård som kvalitet och resultat. Samtidigt var kostnaden för vården måttlig jämfört med andra länder, vilket uttrycktes som att den svenska sjukvården gav god valuta för pengarna. Slutsatsen byggde dels på en egen indikatorbaserad jämförelse, dels på jämförelser gjorda åren 2003 – 2004 av institut och forskare i Kanada, Holland, Storbritannien och Frankrike.

År 2008 gjorde SKL ånyo en internationell jämförelse. Denna gång ingick även två sammanfattande index, över kvalitet och effektivitet. Slutsatsen från 2005 stod sig, den svenska sjukvården hävdade sig väl internationellt. I indexet för kvalitet rankades Sverige som etta bland de 17 jämförda länderna. I det index som avsåg effektivitet placerade sig Sverige på tredje plats, med Finland som etta och Spanien som tvåa.

I 2015 års jämförelse toppade Sverige båda de index som ingick, avseende kvalitet och effektivitet. Det var framför allt den jämna kvaliteten som ledde till detta resultat. Sverige toppade ingen enskild indikator, men låg bland de bästa på alla, vilket ledde till den högsta placeringen i det sammanfattande kvalitetsindexet.

Även i 2015 års jämförelse ingick jämförelser gjorda av andra organisationer. I dessa rankades Sverige som nummer 3 av 11 länder (The Commonwealth Fund), 6 av 17 länder (The Conference Board of Canada) och 13 av 30 länder (Health Consumer Powerhouse).

I SKL:s egen indikatorbaserade jämförelse fokuserades på hälsoutfallet, medan de tre sistnämnda jämförelserna även innefattade andra aspekter, och då blev bilden mer splittrad. I de delar som avsåg resultaten av vården hävdade sig Sverige väl, men i de delar som omfattade patienternas delaktighet, information och väntetider, hamnade Sverige längre ned i rankingen.

2018 års jämförelse

Denna rapport har samma upplägg som de tidigare, med två delar, dels en indikatorbaserad jämförelse av i huvudsak hälsoutfall, dels en genomgång av internationella jämförelser gjorda av andra organisationer efter 2015. Sex jämförelser ingår, två som ingått tidigare men nu med uppdaterade resultat och fyra nya jämförelser, bland annat kring hjärt-kärlsjukvård och canceröverlevnad.

För att underlätta jämförelser över tid, har vi i denna rapport använt samma indikatorer som 2015. Även länderna är desamma, med ett undantag, Luxemburg har ersatts med Kanada. Liksom 2015 har vi tvingats exkludera Grekland eftersom statistiken därifrån är för bristfällig.

Resultaten från tidigare jämförelser står sig. Sverige ligger i en toppgrupp när det gäller medicinska resultat och effektivitet, på första plats i kvalitetsindexet och på delad andra plats i indexet över effektivitet.

Även i de undersökningar som utförts av andra organisationer placerar sig Sverige väl. I de mest omfattande och övergripande studierna faller Sverige synnerligen väl ut, fyra av 195 länder i The Global Burden of Disease Study och trea av 188 länder i Agenda 2030.

Concorde är en jämförelse som endast avser cancer, och specifikt överlevnad i 18 vanliga cancerformer i 71 länder. Den innehåller inte någon sammanfattande ranking i tabellform, utan innehåller bara en sammanfattande bedömning, att överlevnaden vid cancer i Sverige ligger bland de högsta. Andra länder med hög överlevnad är Island, Finland och Norge, samt USA, Kanada, Australien och Nya Zeeland.

Health Consumer Powerhouse (HCP) jämför vården i EU-länderna, men skiljer sig från andra genom att man gör det i ett uttalat värdkonsumentperspektiv. Det innebär att man inte bara tar hänsyn till hur väl sjukvården lyckas främja hälsa i befolkningen, utan också vilka rättig-

heter patienterna har och hur de behandlas som "kunder" i sjukvårdssystemet. I den sammanfattande rankingen kommer Sverige på plats tolv av 35 länder.

Samma företag, HCP, har också gjort en jämförelse avseende hjärt-kärlsjukvård inom trettio länder med ett sammanfattande hjärt-kärlindex där Sverige placerar sig som trea.

HCP har dessutom publicerat ett särskilt index över prevention på hjärt-kärlområdet, i detta index kommer Sverige på första plats.

The Commonwealth Fund har gjort en jämförelse av sjukvården bland, som de beskriver, 11 högpresterande länder. I den sammanfattande rankingen kommer Sverige på sjätte plats.

Mönstret från tidigare år går alltså igen. När det gäller de övergripande utfallsmått som ingår i vårt eget index över kvalitet presterar Sverige väl, som nummer 1 i kvalitetsindexet, och som nummer 3 i det effektivitetsindex som ingår.

Sverige presterar också väl i jämförelser som gjorts av andra organisationer, i synnerhet när det gäller olika aspekter på medicinsk kvalitet. Däremot presterar den svenska vården inte lika bra när det kommer till faktorer i vårdprocessen, som hur nöjda patienterna är med väntetider och hur väl de känner sig informerade och delaktiga i vården.

När det gäller väntetider har Sverige ofta rankats lågt i internationella jämförelser, inte minst gäller det när befolkningen eller patienter tillfrågats i olika enkäter.

I denna jämförelse har vi dock för första gången kunnat ta med ett avsnitt om faktiska väntetider. Sverige gör för 2017 en mera komplett rapportering av väntetider till vissa operationer till OECD, och möjliggör därmed jämförelser med andra länder. Det gäller väntetider till sex vanliga operationer; grå starr, hjärtkirurgi, protesoperation i höft och knä, borttagande av livmoder och operation vid prostataförstoring.

Av de tio länder som ingår har Nederländerna de kortaste väntetiderna följt av Danmark och Italien, med Sverige på fjärde plats. När de faktiska väntetiderna jämförs kommer Sverige således betydligt högre upp än i tidigare jämförelser som byggts på enkätdata.

Även om internationella jämförelser har sin begränsning, visar de samfällt på styrkan i det som är ett av den svenska vårdens kännetecken, att vården är tillgänglig för alla och inte beroende av inkomst eller innehav av försäkring. Det är sannolikt den främsta förklaringen till att Sverige genomgående ligger bra till i de övergripande jämförelser som ingår i denna rapport.

Utgångspunkter

För att värdera den svenska vårdens kvalitet och effektivitet krävs något att jämföra med. Även andra länder brottas med samma frågeställning gällande sina sjukvårdssystem, Hur väl presterar de egentligen? Det är bakgrunden till att internationella jämförelser blivit allt vanligare och att de uppmuntras av exempelvis WHO, OECD och EU. Jämförelser är ett sätt att få viss vägledning kring kvalitet och effektivitet i ett lands sjukvårdssystem.

Ytterligare ett skäl för Sverige att medverka i jämförelser är att vården i Sverige, inom ramen för ett decentraliserat system med landsting och kommuner, huvudsakligen finansieras med skatter, och står för mer än tio procent av samhällets totala resurser. Att dessa resurser används väl

är viktigt för legitimiteten för detta sätt att finansiera och organisera vården.

Omfattningen och komplexiteten i sjukvården gör det dock svårt att mäta den samlade kvaliteten och effektiviteten i ett helt sjukvårdssystem. Vi är därför väl medvetna om att internationella jämförelser av hela sjukvårdssystem har starka begränsningar. Men samtidigt finns ingen annan väg för den som vill bilda sig en uppfattning om hur den svenska vårdens presterar, jämfört med andra länder. Därför görs också mängder av internationella jämförelser, och organisationer som WHO, OECD och EU tillhandahåller statistik som underlag för jämförelser.

Sjukvårdssystemen i olika länder har olika finansieringsformer, olika fördelning av resurser mellan vårdens olika delar och olika anställningsformer för vårdens personal. Det är dock svårt att på analytisk väg värdera dessa olika sätt att organisera och finansiera vården och på den vägen värdera olika sjukvårdssystem, och dra slutsatser kring vilka som bättre än andra. I de jämförelser som görs dominerar därför ansatser där olika dimensioner av utfallet jämförs. Det handlar då om olika aspekter av hälsan i befolkningen, som medellivslängd, återstående livslängd i olika åldrar, överlevnad vid allvarlig sjukdom, undvikbar dödlighet, spädbarnsdödlighet och dödlighet i olika folksjukdomar.

Effektivitet är ytterligare ett centralt tema vid internationella jämförelser. Den mäts oftast genom att olika aspekter av utfallet sätts i relation till kostnaderna för vården. Det fungerar som en grov uppskattning av vad man får för pengarna i olika sjukvårdssystem.

Ett problem vid jämförelser har länge varit tillgången till data. Sedan femton år tillhandahåller dock OECD en uppsättning kvalitetsindikatorer som kan användas. Syftet med OECD:s publiceringar är att tillhandahålla underlag för internationella jämförelser, som vägledning för länder i utvecklingen av sina sjukvårdssystem.

Vår bedömning är att en ansats som fokuserar på utfallet av vården, är den mest ändamålsenliga. Vi bedömer att, för de flesta patienter, är det ultimata testet på sjukvårdens kvalitet om vården räddar liv, att överlevnaden är hög i vanligt förekommande sjukdomar.

Sjukvård handlar dock inte enbart om huruvida slutresultatet blir bra eller inte. Det handlar också om vårdens förmåga att under vårdprocessen skapa trygghet genom att svara upp mot patienternas förväntningar om service, delaktighet och gott bemötande. Förmågan att underlätta för patienterna genom att inte ha långa väntetider är också väsentlig. Dock har det hittills varit svårt att hitta internationella jämförelser av väntetider. Det har inte funnits internationellt överenskomna mätpunkter och väntetidsmätningarna i olika länder skiljer sig mycket åt.

Att jämföra olika länders sjukvård är fullt av svårigheter. Det gäller i synnerhet jämförelser av hur sjukvården är finansierad och organiserad; om den finansieras med skatter eller försäkringar, om utförarna är privata eller offentliga med mera. Skillnader i sådana avseenden är svåra att värdera. Det är också skälet till att de internationella jämförelser som numera dominerar betraktar sjukvårdens organisation som en "black box". I stället fokuserar man på utfallet, på de medicinska resultaten, hur hälsan i befolkningen främjas eller hur det går för patienter som drabbas av sjukdomar och skador. Också sådana jämförelser kan dock vara svåra att göra, bland annat för att olika register har olika täckningsgrad och för att data samlas in på olika sätt.

Till det som är notoriskt svårt att jämföra hör alltså världens processer. Medelvårdtid kan ses som en indikator på effektiviteten vid sjukhusen och medelvårdtiden i Sverige hör till de lägsta inom OECD. Med korta vårdtider behövs inte så många vårdplatser och Sverige har följaktligen få vårdplatser per 10 000 invånare.

Antalet vårdplatser används dock ofta på motsatt sätt, som ett tecken på att sjukvården har låg kapacitet och inte så sällan sägs att Sverige ligger i botten, med hänvisning till det låga antalet vårdplatser. Detta illustrerar svårigheterna med att jämföra sjukvården i olika länder genom att fokusera på sådana produktionsfaktorer som vårdplatser och även personalitet. Antalet vårdplatser varierar med flera andra faktorer; arbetsfördelningen mellan sjukvård och social omsorg, frekvensen vård som görs som öppen vård utan att patienten läggs in vid sjukhus och medelvårdtiden. Sverige har 2,2 vårdplatser per 10 000 invånare, det vill säga på samma nivå som Storbritannien och Danmark, medan Tyskland och Frankrike ligger mer än tre gånger så högt. Det finns dock inte skäl att tro att dessa stora skillnader återspeglar skillnader i effektivitet, utan det handlar snarare om olika ansvarsfördelning för social omsorg och olika sätt att definiera en vårdplats.

Den långsiktiga trenden i Sverige, och internationellt, med minskat antal vårdplatser är en följd av medicinska framsteg som kortat vårdtiderna och gjort det möjligt att göra mer i öppen vård, men också förändring av arbetsfördelning mellan kommuner och landsting för äldrevård och inom psykiatrin. De allra senaste årens vårdplatsminskningar har dock även med personalbrist att göra, vilket inte är önskvärt.

Trots alla dessa svårigheter och begränsningar fyller ändå internationella jämförelser en funktion. De ger viss vägledning kring den svåra frågan kring vilken valuta som man får för de pengar som satsas på sjukvården i olika länder.

En jämförelse av kvalitet och effektivitet i 16 länder

Sammanfattning

Vi har jämfört hur den svenska sjukvården står sig i förhållande till vården i 15 andra länder inom EU; Belgien, Danmark, Finland, Frankrike, Irland, Italien, Nederländerna, Portugal, Spanien, Storbritannien, Tyskland och Österrike, plus Kanada, Norge och USA. De är alla relativt rika länder, med bra förutsättningar att tillhandahålla högklassig sjukvård. Vår analys visar att den svenska vården klarar sig utmärkt vid en sådan jämförelse. Den ligger väl till i båda de index vi använder, över kvalitet och över effektivitet.

Vår bedömning är att den ansats som dominerar i internationella jämförelser, att fokusera på utfallet av vården, också är den mest ändamålsenliga. Vi bedömer att för de flesta patienter, är det ultimata testet på sjukvårdens kvalitet om vården lyckas rädda livet på dem vid sjukdom eller skada.

Den första goda nyheten för patienter i Sverige är att svensk sjukvård toppar det kvalitetsindex vi använder och där 13 olika kvalitetsindikatorer ingår. I indexet ingår bland annat överlevnad efter hjärtinfarkt, stroke, bröstcancer och ändtarmscancer samt spädbarnsdödlighet. Vi har strävat efter att ge en bred bild av resultaten och speglar många vårdområden.

Den andra goda nyheten är att den svenska sjukvården hushållar väl med sina resurser. Sverige intar delad andra plats i det effektivitetsindex där den samlade kvaliteten i vården sätts i relation till kostnaderna för att nå denna kvalitet.

Jämfört med 2015 års jämförelse har Sverige dock tappat en placering i effektivitetsindexet. Det beror på att kostnaderna för vården i Sverige som andel av BNP, sedan 2015 års jämförelse ökat från 9,5 till 11,0 procent. Det hänger i sin tur ihop med att OECD ändrat definitionen om vilka kostnader som ska ingå i ett lands hälso- och sjukvårdskostnader. Även kostnader för omsorg av äldre och funktionshindrade ingår. Det innebär att 80 miljarder kronor lagts till, jämfört med tidigare sätt att redovisa.

Förändringen får successivt genomslag även i andra OECD-länder. I Storbritannien ökar kostnaden från 8,7 procent av BNP till 9,9 procent. Men inte för något annat land är förändringen så stor som för Sverige. Det beror på att den svenska funktions- och äldreomsorgen är mer utbyggd än i andra länder, varför den nya definitionen av sjukvårdskostnader får störst genomslag här.

Sjukvård handlar dock inte bara om huruvida slutresultatet blir bra eller inte. Det handlar också om förmågan att under vårdprocessen skapa trygghet genom att svara upp mot patienternas förväntningar om service, delaktighet och gott bemötande. I de jämförelser som fokuserar på vårdprocessen byggt på enkätdata ligger Sverige inte lika bra till.

Ett problem vid jämförelser har länge varit tillgången till data. Sedan femton år tillhandahåller dock OECD en uppsättning kvalitetsindikatorer som blivit standard. Syftet är att tillhandahålla underlag för internationella jämförelser som vägledning i olika länders reformering av sina sjukvårdssystem. Dessa indikatorer utgör också basen i denna jämförelse.

Vi jämför länderna avseende vårdens utfall

Vad menar människor när de i dagligt tal pratar om "vårdkvalitet"? Förmodligen kan begreppet avse det rena botandet av sjukdomar, exempelvis överlevnad vid cancer, eller gångförmåga efter en höftledsoperation. Men det kan sannolikt också handla om vårdens bemötande, om hur trygg man känner sig under vårdprocessen och om hur länge man behöver vänta.

Det vi jämför i denna rapport är inte hur patienterna upplever vården. Detta är ett vanskligt område att mäta, i och med att det bygger på enkätdata, ofta med stora bortfall. Det är också svårt att bedöma hur patienternas förväntningar spelar in.

Inte heller väntetider ingår i vårt kvalitetsindex. Det beror inte på att skillnaderna är små – det förekommer ganska omfattande variation mellan olika länder. I denna jämförelse, avslutningsvis i detta kapitel, ingår dock en separat jämförelse av väntetider i tolv länder inom OECD, till sex kirurgiska och ortopediska ingrepp.

I den del som gäller vårdens kvalitet ingår 13 indikatorer från OECD Health Data 2014, Världshälsoorganisationen (WHO) och Europeiska unionen (EU). Indikatorerna är valda för att så brett som möjligt avspegla olika delar av vården. Vi använder exempelvis 30-dagarsöverlevnad efter stroke för att avspegla strokevårdens resultat och 30-dagaröverlevnad efter hjärtinfarkt för att avspegla hjärtsjukvårdens resultat.

Valet av data beror dels på tillgången till data, dels på sjukdomstillståndens förekomst i samhället. Cancer och hjärt-kärlsjukdomar har två indikatorer vardera. Barn- och mödrahälsovården har tre indikatorer. Diabetes och diabetesrelaterade åkommor har två indikatorer. Omsorg om multisjuka äldre har två indikatorer och den förebyggande vården har två indikatorer. Dessutom har vi valt att inkludera PYLL – antalet levnadsår som går förlorade på grund av att personer avlider innan 70 års ålder.

Vi har tyvärr inte hittat någon bra indikator på den psykiatriska vårdens kvalitet, även om suicid i viss mån fångas upp av PYLL – i alla fall sådana som äger rum innan 70 års ålder.

Liksom 2015 har vi tvingats utelämna Grekland ur jämförelsen, då landet saknar värden på flera av de indikatorer som ingår. Att ändå ta med landet i jämförelsen hade kunnat leda till felaktiga slutsatser om detta sjukvårdssystemets kvalitet/effektivitet. I denna 2018 års jämförelse har vi dessutom ersatt Luxemburg med Kanada.

Vi har valt de indikatorer som vi menar bäst speglar vårdens resultat. Vi har däremot inte gjort någon egen bedömning av indikatorernas tillförlitlighet, i meningen hur tillförlitligt data är insamlade. Vi har tagit det

faktum att de utgör indikatorer i OECD:s och WHO:s indikatorbibliotek som en tillräcklig kvalitetsstämpel.

Sverige toppar kvalitetsindex

Alla indikatorer som används i rapporten skalas om så att det bästa landet får en etta och det sämsta landet en nolla i respektive index. De övriga länderna får därefter ett värde mellan noll och ett som beräknas med linjär interpolation. Det betyder, mer vardagligt uttryckt, att den relativa positionen mellan noll och ett bestäms av vilket gränsvärde som är närmast.

När vi sedan beräknar totalindex för kvalitet för länderna tar vi fram genomsnittlig indexplacering. De olika delindexen har alltså samma vikt i totalindexet. Indexvärden för de länder som saknar uppgifter för någon indikator baseras enbart på de indikatorer som de har värden för. Vi väger inte in resursförbrukningen i kvalitetsindexet, utan konstruerar i stället ett separat index över effektivitet där den uppnådda kvaliteten ställs mot ländernas resursförbrukning, mätt som andel av BNP.

Kvalitetsindexet är som nämnts uppbyggt av tretton olika kvalitetsindikatorer som i huvudsak hämtats från OECD Health Data 2017. Dessa data finns tillgängliga för allmänheten på OECD:s webbsida. Vi har dessutom använt två indikatorer från WHO och en indikator på antibiotikakonsumtion från EU.

Indikatorerna är följande:

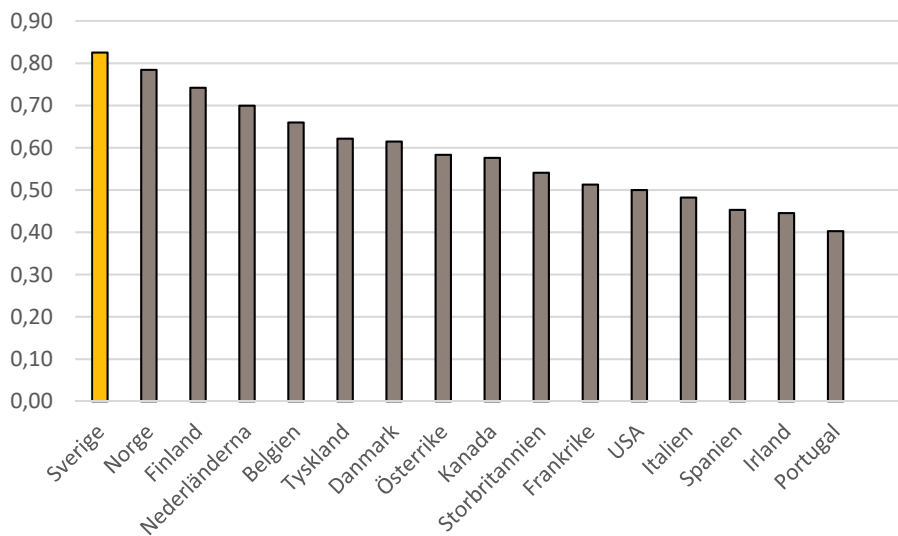
Tabell 1. Indikatorer

Indikator	Sveriges värde	Medelvärde	Sveriges indexvärde
Dödlighet vid akut hjärtinfarkt (%)	4,2	6,1	0,88
Dödlighet vid stroke (ischemisk/hjärninfarkt) (%)	6,1	7,2	0,68
Höftfrakturer opererade inom 48 timmar (%)	91,9	81,9	0,91
Femårsöverlevnad i bröstcancer (%)	88,8	86,7	0,83
Femårsöverlevnad i kolorektalcancer (%)	64,9	63,8	0,63
Amputationer på grund av diabetes (per 100 000 inv.)	3,7	5,9	0,91
Spädbarnsdödlighet (per 1000 levande födda)	1,7	2,4	0,85
Vaccination mot difteri, kikhosta och stelkramp (%)	98,0	95,9	0,88
Vaccination mot mässling (%)	98,0	93,9	1,00
Potentiellt förlorade levnadsår (år per 100 000 inv.)	2 364,4	2 887,6	1,00
Andelen i befolkningen som har förhöjt blodsocker (%)	4,9	5,5	0,80
Andelen i befolkningen som har högt blodtryck (%)	19,3	19,0	0,44
Antibiotikaförskrivning inom primärvården (genomsnitt per dag och 1 000 invånare)	12,0	19,3	0,92

Källa: OECD, WHO, EU.

Av indexet framgår att Sverige i genomsnitt uppnår bättre resultat än något annat land i jämförelsen. Vi kan också notera att de nordiska länderna generellt får goda resultat, med Norge och Finland på andra respektive tredje plats.

Diagram 1. Kvalitetsindex



Källa: OECD, WHO, EU.

Folkhälsofaktorer är avgörande för vissa länder

När man jämför hälsoutfallet i olika länder kan det vara svårt att särskilja den del av hälsoutfallet som sjukvården bidrar med från andra faktorer som till exempel folkhälsan. Vi har därför som ett känslighetstest även tittat på hur tre variabler som karakteriserar befolkningens levnadsvanor påverkar ländernas placering. Vi har valt att korrigera för inverkan från andelen rökare, andelen med fetma samt ett mått på alkoholkonsumtionen.

Om man tar bort den variation i kvalitetsindexet som förklaras av dessa tre folkhälsofaktorer återstår en oförklarad del. Den oförklarade variationen skulle kunna tolkas som sjukvårdssystemets kvarstående påverkan (indexvärdet minus förväntat index baserat på folkhälsoindikatorerna).

Det visar sig då att folkhälsan påverkar ländernas placering, Finland toppar med Sverige på delad andra plats tillsammans med Tyskland och Nederländerna. Några länder klättrar i rankingen när hänsyn tas till folkhälsofaktorer, till exempel Tyskland och Spanien, medan till exempel Norge och Kanada faller flera steg.

Hur folkhälsofaktorerna faktiskt påverkar förutsättningarna för kvalitetsindikatorerna är dock inte så enkelt, dessutom är det en del av hälso- och sjukvårdens uppdrag att bidra till goda levnadsvanor i befolkningen. Denna korrigering ska bara ses som ett exempel på hur man kan justera för faktorer som helt eller delvis ligger utanför sjukvårdens kontroll. Andra faktorer som kan vara relevanta är till exempel socioekonomiska variationer inom länderna, utbildningsnivån, sysselsättningsgrad m.m.

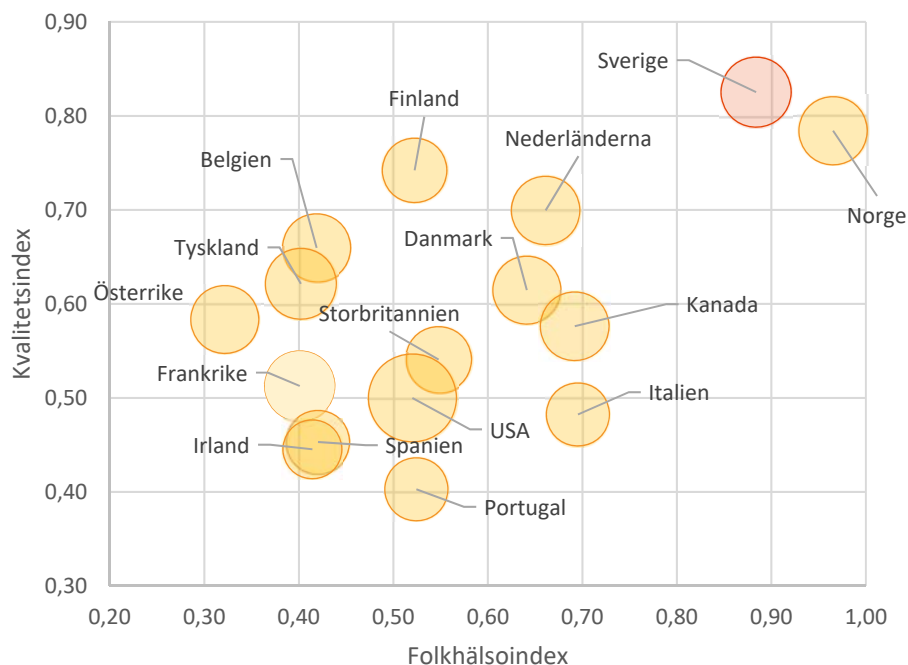
Tabell 2. Index och folkhälsofaktorer

Land	Alkohol-konsumtion	Andel rökare	Andel överviktiga	Oförklarad del av index
Finland	8,5	17,4	56,0	0,21
Tyskland	11,0	20,9	50,7	0,09
Sverige	7,2	11,2	48,3	0,09
Nederländerna	8,0	19,0	47,4	0,09
Belgien	12,6	18,9	48,1	0,07
Österrike	12,3	24,3	46,7	0,07
Norge	6,0	12,0	46,0	0,03
Danmark	9,4	17,0	47,4	-0,02
USA	8,8	11,4	63,8	-0,03
Spanien	9,3	23,0	51,5	-0,04
Frankrike	11,9	22,4	46,1	-0,04
Kanada	8,1	14,0	52,5	-0,05
Storbritannien	9,5	16,1		-0,08
Irland	10,9	19,0	53,0	-0,08
Italien	7,6	20,0	45,2	-0,14
Portugal	9,9	16,8	52,8	-0,17

Kvalitetsindex efter att effekten av tre folkhälsoindikatorer har tagits bort. Indikatorn är residualen vid en multipel regression där kvalitetsindex är beroende variabel och fetmaförökning, alkoholkonsumtion, rökning är oberoende variabler.

Källa: OECD.

Diagram 2. Kvalitetsindex och folkhälsoindex



Cirklarnas storlek avspeglar sjukvårdsutgifternas andel av BNP.

Källa: OECD, WHO, EU.

Kvalitet i relation till kostnader – effektivitet

För att göra en värdering av effektiviteten i ländernas sjukvårdssystem behöver kvaliteten sättas i relation till resursförbrukningen. I denna rapport har vi valt det enkla måttet sjukvårdsutgifter i förhållande till BNP för att mäta resursåtgången i respektive sjukvårdssystem. Det är också det mått som dominerar i internationella jämförelser. Att laborera med sammansatta index som vägs på olika sätt tillför diskussionen ganska lite när man som i det här fallet jämför länder som befinner sig på ungefär samma utvecklingsnivå.

Det betyder inte att det är ett helt entydigt sätt att mäta resursförbrukningen eftersom sjukvårdssystemen är organiserade på olika sätt och ansvaret för verksamheter som vård och omsorg är avgränsat på varierande sätt i de olika länderna.

De olika ländernas kostnader för hälso- och sjukvård som andel av BNP framgår av tabellen nedan

Tabell 3. Länders sjukvårdsutgifter i andel av BNP

Procent

Land	2000	2010	2016
Belgien	7,9	9,9	10,4
Danmark	8,1	10,4	10,4
Finland	6,8	8,9	9,3
Frankrike	9,5	10,7	11,0
Irland	5,9	10,5	7,8
Italien	7,6	9,0	8,9
Kanada	8,3	10,6	10,6
Nederländerna	7,1	10,4	10,5
Norge	7,7	8,9	10,5
Portugal	8,4	9,8	8,9
Spanien	6,8	9,0	9,0
Storbritannien	6,0	8,5	9,7
Sverige	7,4	8,5	11,0
Tyskland	9,8	11,0	11,3
USA	12,5	16,4	17,2
Österrike	9,2	10,1	10,4

Totala sjukvårdsutgifter i relation till ländernas bruttonationalprodukt. Senast tillgängliga siffror.

Källa: OECD.

Efter det att OECD ändrat definitionen av vilka kostnader som ska hänföras till hälso- och sjukvården, och inkluderat mer av handikapp- och äldreomsorgskostnader, ingår Sverige i en grupp länder med en BNP-andel på cirka 11 procent.

Med undantag för USA är spannet inte så stort, mellan cirka 9 till 11 procent av BNP. USA däremot ligger väsentligt högre med drygt 17 procent.

Sverige på plats två avseende effektivitet

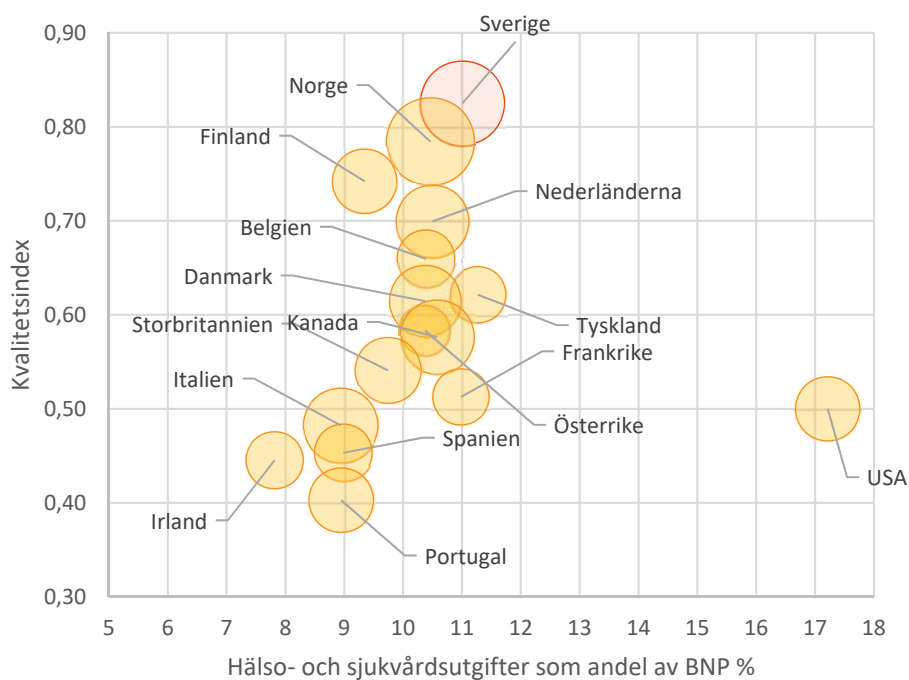
Ett vanligt sätt att jämföra effektiviteten är att använda ickeparametriska metoder. Tekniken bygger på att man identifierar vilka enheter – i det här fallet länder – som strikt dominerar andra. Man kan då antingen utgå från konstant skalavkastning eller variabel skalavkastning.

I båda fallen ställer man resultatet – kvalitetsindex – mot resursåtgången. De länder som lyckas åstadkomma mest för en given resursåtgång bedöms som maximalt effektiva.

Skälet till att man kan vilja välja den ena eller den andra metoden är att vi inte kan vara säkra på att sjukvårdsinsatser ger lika bra utdelning alldeles oavsett hur mycket som redan används till sjukvård. I ett land där man spenderar två procent av BNP på sjukvård kommer ytterligare en procentenhet att få större betydelse än i ett land som redan använder tio procent. När skillnaderna mellan länderna blir stora kan det vara lämpligt att öppna för möjligheten att avkastningen är avtagande. Därför kan man göra antagandet om **variabel skalavkastning**.

Om vi antar att skalavkastningen är konstant hamnar Sverige efter Finland, på delad andra plats tillsammans med Norge.

Diagram 3. Sjukvårdsutgifter och kvalitetsindex

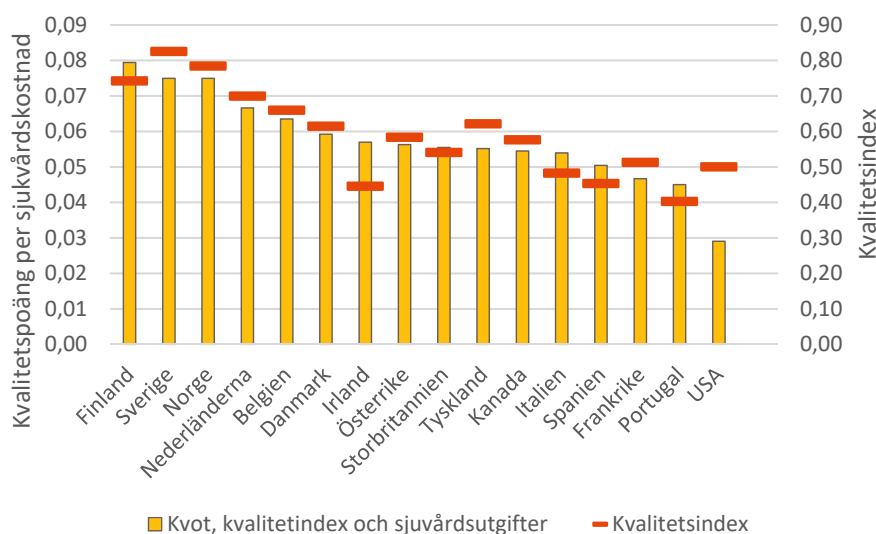


Cirklarnas storlek avspeglar folkhälsoindex (stor cirkel innebär en hälsosammare befolkning).

Källa: OECD, WHO, EU.

Diagram 4. Effektivitet (kvalitetsindex/sjukvårdsutgifter som andel av BNP)

Procent



Erhållen kvalitetspoäng (0 till 1) per procent av BNP som läggs på sjukvård.

Källa: OECD, WHO, EU.

Sverige på fjärde plats när det gäller väntetider

I denna 2018 års jämförelse har vi för första gången kunnat ta med ett avsnitt om tillgänglighet. Det är möjligt därför att Sverige för 2017 gör en mer komplett rapportering av väntetider till vissa operationer till OECD, och därmed möjliggörs jämförelser med andra länder. Detta gäller väntetider till sex vanliga operationer; grå starr, hjärtkirurgi, protesoperation i höft och knä, borttagande av livmoder och operation vid prostataförstoring. Jämförelsen görs mot samma grupp länder som tidigare i de fall de har data och med samma metod som för kvalitetsindex.

Av de nio länder för vilka det finns jämförbara data har Nederländerna de kortaste väntetiderna följt av Danmark och Italien, med Sverige på fjärde plats. När de faktiska väntetiderna jämförs kommer Sverige således betydligt högre upp än i jämförelser som bygger på enkätdata.

Tabell 4. Väntetider och väntetidsindex

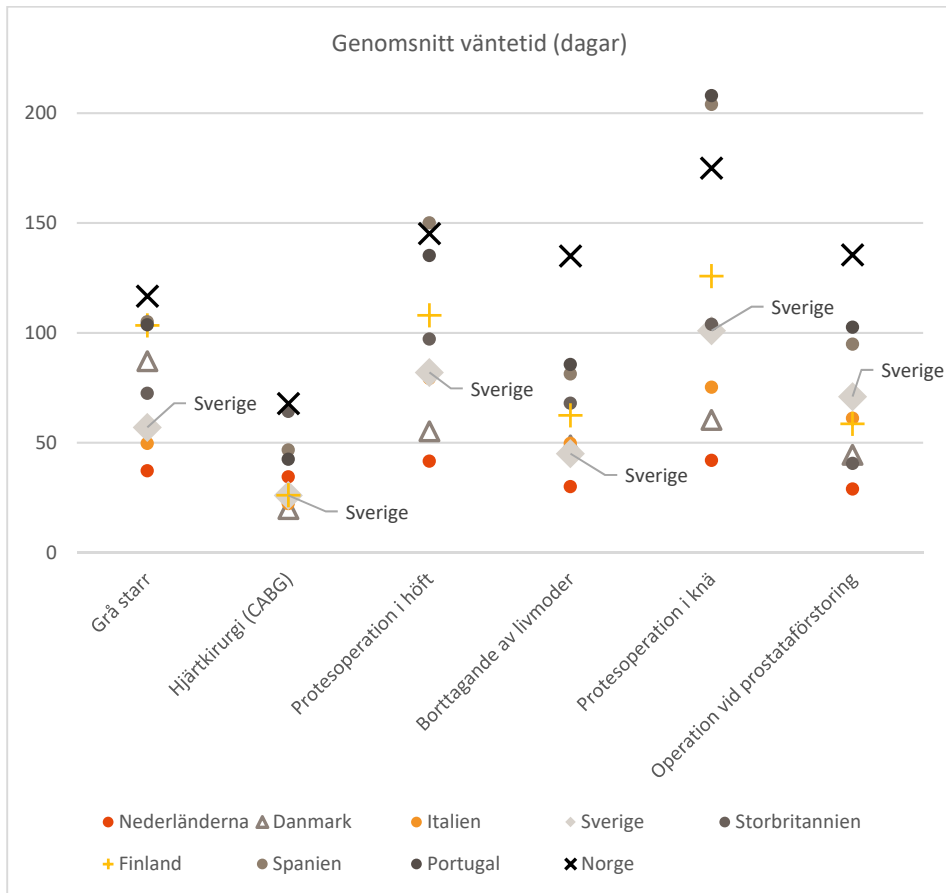
Genomsnittlig väntetid i dagar

	Grå starr	Hjärtkirurgi (CABG)	Protesoperation i höft	Borttagande av livmoder	Protesoperation i knä	Operation vid prostataförstoring	Index
Nederländerna	37,2	34,5	41,6	30	42	28,9	0,95
Danmark	87,1	19,8	55,2	48,8	60,4	44,5	0,80
Italien	49,7	22,3	79,3	49,7	75,3	61,1	0,79
Sverige	57	26	82	45	101	71	0,73
Finland	103,4	26,1	108	62,5	125,9	58,6	0,56
Storbritannien	72,5	64,3	97,2	68	103,9	40,6	0,55
Portugal	103,7	42,5	135,2	85,6	208	102,6	0,27
Spanien	105,1	46,7	150,1	81,3	204	94,9	0,25
Norge	116,7	67,8	145,2	135	175	135,5	0,04

Källa: OECD, SKL.

Diagram 5. Genomsnitt väntetider

Dagar



Källa: OECD.

Andra internationella jämförelser där Sverige ingår

I detta avsnitt beskrivs resultaten från sex internationella jämförelser gjorda av andra organisationer och där Sverige ingår. Urvalet av länder varierar i dessa undersökningar, liksom fokusområden och metoder. Det är dock sex relativt breda jämförelser som värderar olika aspekter på kvalitet i de ingående ländernas sjukvårdssystem. I samtliga fall hamnar Sverige högt upp, men placeringen beror på vilka kvalitetsaspekter som ingår och vilka aspekter som värderas högst.

Två av dessa sex undersökningar fanns också med i SKL:s rapport från 2015; Health Consumer Powerhouse och The Commonwealth Fund.

Vi bedömer att dessa sex undersökningar tillhör de mest tongivande och representerar försök att ranka olika dimensioner av kvalitet i olika sjukvårdssystem. Dataunderlaget och urvalet av indikatorer skiljer sig åt mellan undersökningarna och det kan ge oss en bild av hur indikatorurval påverkar Sveriges placering.

Det är från början nödvändigt att klargöra att man kan avse olika saker med värdkvalitet. Patienter som visserligen blir friska av vården kan ändå vara missnöjda med vårdprocessen. Och patienter som vården inte lyckas bota kan mycket väl vara nöjda med bemötandet och andra aspekter.

Insikten om att patientnöjdhet är något helt annat än behandlingsresultat är viktig att ta till sig. Många aspekter av vården mäts bäst genom enkäter eller med andra subjektiva mått. Men det finns ingen garanti för att ett land som har stor andel nöjda patienter även har bra behandlingsresultat.

Man kan förstås väga samman olika typer av indikatorer för att skapa något slags genomsnitt. Frågan är bara om genomsnittet är ett meningsfullt mått? Detta ger ju ingen bild av vad det är som fallerar och vilket problem man bör angripa först.

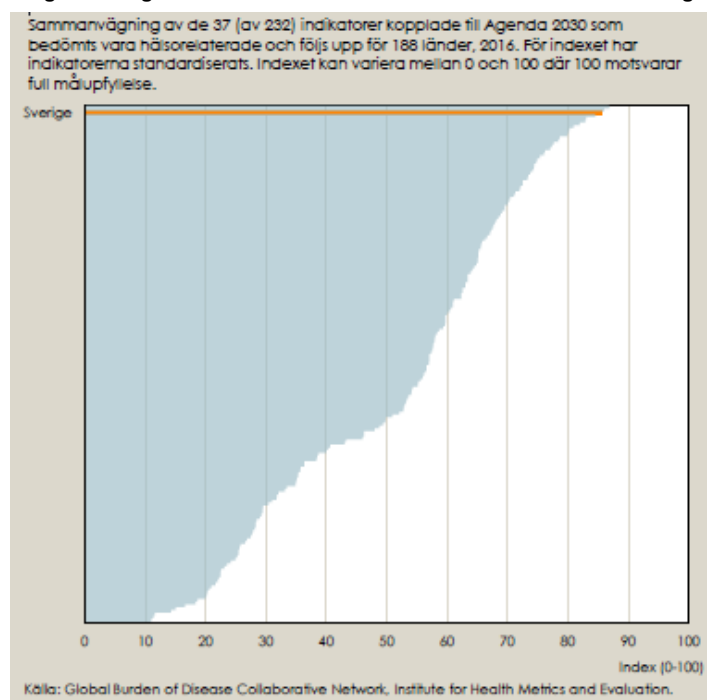
Agenda 2030

I det som kallas Agenda 2030, som är FN:s mål för hållbar global utveckling, ingår att ländernas hälso- och sjukvårdssystem ska vara långsiktigt hållbara för att skapa goda förutsättningar för vården på sikt. I denna dimension ingår exempelvis aspekter som berör legitimitet, kompetensförsörjning, långsiktig finansiering samt utvecklings- och anpassningsförmåga. Det inrymmer även inverkan på det ekologiska systemet, exempelvis utvecklingen av antibiotikaresistenta bakterier

Genom Agenda 2030 har 17 globala hållbarhetsmål formulerats med 169 delmål, delmålen kopplas i sin tur till 232 indikatorer. Hållbarhetsmålen påverkas genom flera politikområden, där hälso- och sjukvården har betydelse för många områden, och särskilt för de delmål som rör hälsa. De flesta sådana delmål finns under det globala hållbarhetsmålet **Hälsa och välbefinnande**. I ett omfattande internationellt arbete har 37 av de 232 indikatorerna identifierats som särskilt kopplade till hälsa och jämförts mellan 188 länder, där Sverige kommer på 3:e plats, efter Singapore och Island.

Ett sammansatt index för dessa 37 indikatorer har publicerats i en artikel i *The Lancet*. I diagram A.1. (diagram 6 nedan) visas graden av måluppfyllelse för indexet, där 100 står för full måluppfyllelse. Här framgår att Sverige ligger bra till relativt andra länder för detta index. För några delmål ligger Sverige sämre till, exempelvis för suicid, alkohol, rökning och HIV. Data för de olika delarna och indexet samordnas av Institute for Health Metrics and Evaluation (IHME) och uppdateras via healthdata.org.

Diagram 6. Agenda 2030. Hälsorelaterat index för hållbar utveckling



Källa: Global Burden of Disease Collaborative Network, Institute for Health Metrics and Evaluation.

“The Global Burden of Disease Study 2015”

Vanligtvis brukar internationella jämförelser av sjukvårdsrelaterad åtgärdbar dödlighet göras mellan länder med likartade förutsättningar vad

gäller levnadsstandard och tillgängliga resurser. I ett omfattande samarbete har dock dödlighet i ett flertal sådana orsaker vägts samman och justerats för flera riskfaktorer för att öka jämförbarheten. Det sammanfattande måttet benämns **Healthcare Quality and Access (HAQ) Index** och jämförs mellan 195 länder och territorium. Resultatet från studien publicerades i tidskriften Lancet 2017 och Sverige hade då det fjärde bästa resultatet, efter Andorra, Island och Schweiz [102].

Concorde

I början av 2018 publicerades i The Lancet en studie, Concorde-3, av överlevnad i 18 olika cancerformer i 71 länder. OECD använder resultaten från Concorde som den officiella internationella jämförelsen av överlevnad i cancer. Syftet är att värdera hur effektivt olika sjukvårdssystem klarar att öka överlevnaden i cancer, som ett sätt att bidra till ytterligare förbättringar.

Forskarna har sammanställt uppgifter femårsöverlevnaden från över 300 cancerregister i 71 länder. Täckningsgraden varierar stort, endast i 47 länder, däribland Sverige, täckte registren hela befolkningen. Förekomsten av cancer ökar i princip i hela världen, nu visar dessa data att även möjligheterna att överleva cancersjukdom förbättras. Det gäller även för några av de mest dödliga formerna som lung- och levercancer.

Efter att forskarna justerat för nationella åldersprofiler och risken att dö av andra orsaker, är deras slutsats att Sverige genomgående ligger bland de främsta med en överlevnad som ligger bland de högsta. Andra länder med hög överlevnad är Island, Finland och Norge, samt USA, Kanada, Australien och Nya Zeeland.

I Sverige till exempel, är femårsöverlevnaden för barn som drabbas av hjärntumör omkring 80 procent, endast två andra länder ligger på denna nivå, Danmark och Slovakien. I genomsnitt var femårsöverlevnaden för kvinnor med diagnosen bröstcancer under studietiden 66 procent. Samma siffra i Sverige var 89 procent.

Totalt har uppgifter från 37,5 miljoner vuxna mellan 0 och 99 år ingått i studien. Patienterna fick sin diagnos mellan 2010 och 2014.

Euro Health Consumer Index 2016

Det ursprungligen svenska företaget Health Consumer Powerhouse (HCP) inledde sin verksamhet med att 2004 jämföra de svenska landstingen avseende ett antal kvalitetsindikatorer.

År 2005 gav HCP ut den första internationella jämförelsen med ett dussintal länder och 20 indikatorer. Jämförelserna har därefter successivt byggts ut och omfattar i 2016 års index 35 länder, med 49 variabler på sex delområden:

1. Patienträttigheter och information.
2. Tillgänglighet.
3. Medicinska resultat.
4. Sjukvårdssystemets generositet.
5. Prevention.
6. Läkemedel.

HCP betonar att rankingen görs ur ett vårdkonsumentperspektiv. Det är alltså inte en renodlad bedömning av vårdkvalitet, medicinska resultat är bara ett av sex områden.

I det totalindex som skapats utifrån de olika delområdena har dessa tilldelats vikter enligt följande:

Tabell 5. Euro Health Consumer Index

Procent

	Relativ vikt (%)
Patientens rättigheter och information	15
Tillgänglighet	22,5
Medicinska resultat	25
Sjukvårdssystemets generositet	15
Prevention	12,5
Läkemedel	10

Källa: Health Consumer Powerhouse (HCP).

Sverige får högsta poäng av länderna i en kategori; **sjukvårdssystemets generositet**. Inom området **tillgänglighet** delar Sverige bottenplaceringen med Storbritannien och Irland. Och eftersom detta område ges hög vikt i totalindexet påverkar det i hög grad Sveriges totala placering.

I totalindexet hamnar Sverige på en tolfte plats av de trettio länderna. Detta är i nivå med 2014 där Sverige fick 13:e plats.

Kategorin **medicinska resultat**, där Sverige tidigare erhållit högsta poäng, har ändrats de två senaste åren. Att Sverige numera inte får högsta möjliga poäng avseende medicinska resultat beror på att en ny indikator lagts till, avseende abortfrekvens, och Sverige har höga aborttal.

Euro Heart Index 2016

HCP publicerar också två andra jämförelser, båda inom hjärt-kärl-området, ett sammanfattande index och ett som gäller sekundärprevention vid hjärtinfarkt.

I det totala hjärtindexet kommer Sverige på 3:e plats, efter Frankrike och Norge. Indexet har fyra delområden; prevention, behandlingsmetoder, tillgänglighet och medicinska resultat. Här toppar Sverige området medicinska resultat och delar förstaplatsen med Nederländerna och Frankrike när det gäller tillgänglighet.

I det separata index som gäller prevention intar Sverige 1:a plats, med Frankrike 2:a och Slovenien 3:a. Även detta index har fyra delområden; riskfaktorer, rehabilitering, tillgänglighet och prevention.

Health Care System Performance

The Commonwealth Fund är en privat stiftelse i USA som har till syfte att bidra till förbättringar av hälso- och sjukvården i USA. Stiftelsen gör i huvudsak löpande jämförelser mellan amerikanska delstater, men gör även internationella jämförelser av 11, som man benämner högpresterande länder.

I den senaste rankingen publicerad 2017 rankas Sverige som 6:a av dessa 11 länder, se tabell 6.

Tabell 6. Health Care System Performance Rankings

Rankning

	UK	AUS	NETH	NZ	NOR	SWE	SWIZ	GER	CAN	FRA	US
Overall ranking	1	2	3	4	4	6	6	8	9	10	11
Care Process	1	2	4	3	10	11	7	8	6	9	5
Access	3	4	1	7	5	6	8	2	10	9	11
Administrative Efficiency	3	1	9	2	4	5	8	6	6	11	10
Equity	1	7	2	8	5	3	4	6	9	10	11
Health Care Outcomes	10	1	6	7	3	2	4	8	9	5	11

Rankingen innehåller fem delområden, där Sverige ligger 2:a för medicinska resultat och 3:a för jämlikhet. Sverige intar sistaplatsen för vårdprocess och 6:e plats för tillgänglighet.

Källa: The Commonwealth Fund.

Mestadels hög ranking för Sverige i andras internationella jämförelser

Som framgått har de olika undersökningarna olika ansats och fokuserar på olika kvalitetsaspekter, vilket påverkar resultatet av de olika jämförelserna

Agenda 2030 och The Global Burden of Disease Study är de bredaste och mest omfattande studierna i den meningen att de omfattar många länder och genom att de försöker fånga hur väl sjukvårdssystemen fungerar i vid mening. De avser huvudsakligen medicinska resultat, ytterst hur länderna förmår ha låg dödlighet på områden där väl fungerande sjukvårdssystem kan göra skillnad. De studerar alltså inte de olika sjukvårdssystemen i detalj för att värderar faktorer som väntetider och vårdprocesser, eller hur patienterna upplever vården.

I båda dessa övergripande studier faller Sverige synnerligen väl ut, fyra av 195 länder i The Global Burden of Disease Study och trea av 188 länder i Agenda 2030

Concorde representerar en annan bred jämförelse av överlevnad i 18 vanliga cancerformer i 71 länder. De gör ingen sammanfattande ranking i tabellform, utan gör en sammanfattande bedömning i löpande text. Där konstateras att Sverige genomgående ligger bland de främsta med en överlevnad som ligger bland de högsta. Andra länder med hög överlevnad är Island, Finland och Norge, samt USA, Kanada, Australien och Nya Zeeland.

HCP tillämpar i sin sammanfattande ranking explicit ett värdkonsumentperspektiv. Det innebär att man inte bara tar hänsyn till hur väl sjukvården lyckas främja hälsa i befolkningen, utan också vilka rättigheter patienterna har och hur de behandlas som "kunder" i systemet. I denna breda konsumentinriktade ranking kommer Sverige på plats tolv av 35 länder.

När samma företag rankar länderna på området hjärta-kärl kommer Sverige trea av trettio länder och när prevention på hjärt-kärlområdet jämförs kommer Sverige på första plats.

I The Commonwealth Funds undersökning hamnar Sverige på sjätte plats av elva högpresterande länder.

Bilaga:

Indikatorerna i kvalitetsindex

I samtliga fall används senast tillgängliga år. Det kan innebära att det skiljer ett eller maximalt två år mellan mättidpunkterna. Dessa skillnader bör normalt inte ha något större betydelse för rangordningen. De olika ländernas poäng på respektive delområde framgår av nedanstående tabell. Värdena är avrundade.

Tabell 7. Ländernas indexvärden för varje delområde

Index

Land	1. Hjärtinfarkt	2. Stroke	3. Höftfraktur	4. Bröstcancer	5. Kolo- rektal- cancer	6. Dia- betes	7. Spädb.död- lighet	8. MPC vaccin	9. Mässl. vaccin	10. Förlo- rade levn.år	11. Blod- socker	12. Blod- tryck	13. Anti- bio- tika
Belgien	0,21	0,29	0,84	0,54	1,00	0,88	0,63	1,00	0,85	0,71	0,90	0,60	0,14
Danmark	0,93	0,93	1,00	0,50	0,21	0,51	0,37	0,25	0,46	0,78	1,00	0,33	0,72
Finland	0,55	0,86	0,81	0,79	0,62	0,99	1,00	0,75	0,77	0,71	0,67	0,43	0,69
Frankrike	0,55	0,51		0,57	0,47	0,86	0,52	0,88	0,46	0,66	0,47	0,21	0,00
Irland	0,36	0,07	0,72	0,00	0,06	0,96	0,63	0,50	0,62	0,80	0,37	0,41	0,31
Italien	0,60	0,64	0,13	0,49	0,53	1,00	0,74	0,25	0,00	0,94	0,50	0,28	0,17
Kanada	0,67	0,27	0,94	0,76	0,88	0,59	0,15	0,00	0,38	0,70	0,60	0,97	
Nederl.	0,60	0,47	0,98	0,56	0,38	0,82	0,56	0,50	0,77	0,96	1,00	0,50	1,00
Norge	1,00	0,90	1,00	0,70	0,85	0,68	0,93	0,50	0,77	0,98	0,73	0,41	0,76
Portugal	0,00	0,03	0,00	0,68	0,12	0,44	0,74	0,88	1,00	0,75	0,17	0,00	0,44
Spanien	0,00	0,00	0,04	0,41	0,42	0,69	0,81	0,75	0,85	0,99	0,07	0,45	0,41
Storbr.	0,19	0,08	0,90	0,44	0,00	0,98	0,48	0,63	0,77	0,72	0,50	0,80	0,54
Sverige	0,88	0,68	0,91	0,83	0,63	0,91	0,85	0,88	1,00	1,00	0,80	0,44	0,92
Tyskland	0,05	0,66	0,86	0,49	0,62	0,48	0,63	0,63	0,92	0,77	0,77	0,39	0,81
USA	0,33	1,00		1,00	0,63		0,00	0,50	0,54	0,00	0,00	1,00	
Österrike	0,12	0,56	0,82	0,34	0,47	0,00	0,59	0,88	0,85	0,81	1,00	0,30	0,85

Källa: OECD, WHO och EU.

Dödlighet vid akut hjärtinfarkt

Denna indikator representerar en vanlig sjukdom och därmed ett stort antal patienter. Indikatorn kommer från OECD Health Statistics och avser antal per hundra patienter över 45 år som inkommer levande till sjukhus (kön och åldersstandardiserat).

Tabell 8. Dödlighet vid akut hjärtinfarkt

Procent

Land	2011	2012	2013	2014	2015
Belgien	7,3	7,6	8,0	7,0	
Danmark	4,6	4,5	4,1	3,6	4,0
Finland	7,0	7,1	6,5	5,8	5,6
Frankrike	6,2	6,1	6,2	5,9	5,6
Irland	6,8	6,8	6,4		
Italien	5,8	5,8	5,5	5,5	5,4
Kanada	7,2	6,7	6,7	5,2	5,1
Nederländerna	6,3	5,4			
Norge	4,7	4,5	4,0	3,8	3,7
Portugal	8,4		9,4		7,9
Spanien	8,7	8,2	8,0	7,8	7,9
Storbritannien	8,5	8,0	7,7	7,5	7,1
Sverige	4,6	4,7	4,5	4,3	4,2
Tyskland	9,1		8,7		7,7
USA		5,6	5,9	6,5	
Österrike	8,4	7,9	7,8	7,4	7,4

Andel procent avlidna i hjärtinfarkt inom 30 dagar. Avser patienter som inkommit levande till sjukhus. Siffrorna är åldersstandardiserade.

Källa: OECD, Thirty-day mortality after admission to hospital for AMI based on unlinked data.

Dödlighet vid stroke

Indikatorn representerar en vanlig och allvarlig sjukdom och är en vanlig orsak till inläggning på sjukhus. Mättet kommer från OECD Health Statistics och avser antal per hundra patienter över 45 år som inkommer levande till sjukhus (kön och åldersstandardiserat).

Tabell 9. Dödlighet vid stroke

Procent

Land	2011	2012	2013	2014	2015
Belgien	9,3	8,4	8,8	8,4	
Danmark	6,8	5,8	5,1	4,4	4,6
Finland	5,4	5,5	5,1	4,8	5
Frankrike	8,1	7,8	7,5	7,2	7,1
Irland	9,9	9,7	9,7		
Italien	6,5	6,5	6,2	6,1	6,3
Kanada	10,5	10,4	10	9	8,5
Nederländerna	7,7	7,3			
Norge	5,8	5,4	5,2	4,6	4,8
Portugal	10,5		10,2		9,9
Spanien	10,5	10,4	9,9	10	10,1
Storbritannien	10,9	10,5	9,7	9,7	9,6
Sverige	6,5	6,1	6,4	6,2	6,1
Tyskland	6,3		6,3		6,2
USA		3,6		4,2	
Österrike	7,6	7,3	7,3	6,7	6,8

Andel procent avlidna inom 30 dagar i ischemisk stroke. Avser patienter som inkommit levande till sjukhus. Siffrorna är åldersstandardiserade.

Källa: OECD, Thirty-day mortality after admission to hospital for ischemic stroke based on unlinked data.

Höftfrakturer opererade inom 48 timmar

Indikatorn syftar till att ge en bild av hur väl samverkan mellan äldreomsorg och sjukvård fungerar, liksom hur väl sjukvården förmår att samordna insatser där flera aktörer är involverade.

Det är önskvärt att väntetiden till operation hålls så kort som möjligt för att man ska kunna uppnå ett bra resultat.

Tabell 6. Höftfrakturer opererade inom 48 timmar

Procent

Land	2011	2012	2013	2014	2015
Belgien	84,2	85,5	85,9	88,3	
Danmark	93,5	95,4	95,9	95,4	96,3
Finland	82,6	81	85,1	86,4	86,8
Irland	83,1	82,6	82,3		
Italien	32,8	39,6	44,8	48,6	53,2
Kanada	83,2	90,4	92	92,4	93,4
Nederländerna	95,2				
Norge	87,9	88,8	89,3	96	96,4
Portugal	46,6		45		46,5
Spanien	42,8	42,5	43,3	47,3	48,4
Storbritannien	87,3	89,1	89,4	89,4	91,5
Sverige	93,3	92,7	92,5	92,1	91,9
Tyskland	88,4		89,2		89,6
Österrike	85,9	84,6	85,7	86,6	87,3

Andel procent av patienter med höftledsbrott som opereras inom 48 timmar från ankomst till sjukhus. Patienter äldre än 65 år. Siffrorna är ej åldersstandardiserade.

Källa: OECD, Hip-fracture surgery initiated within 2 days after admission to the hospital.

Femårsöverlevnad i bröstcancer

Indikatorn syftar till att ge en bild av hur bra vården av en av de vanligaste cancerformerna fungerar. Tidig upptäckt ger bättre resultat och valet av femårsöverlevnad speglar därför både det preventiva arbetets kvalitet och själva vårdens effektivitet.

Tabell 11. Femårsöverlevnad i bröstcancer

Procent

Land	2000–2004	2005–2009	2010–2014
Belgien	84,8	85,3	86,4
Danmark	80,3	84	86,1
Finland	86,5	87,7	88,5
Frankrike	86,8	87,2	86,7
Irland	77,2	81,4	82
Italien	84,2	85,9	86
Kanada	85,8	87,5	88,2
Nederländerna	83,9	85,8	86,6
Norge	84,7	87,2	87,7
Portugal	81,6	86,1	87,6
Spanien	83,1	84,7	85,4
Storbritannien	79,8	83,8	85,6
Sverige	85,6	87,9	88,8
Tyskland	83,9	85,6	86
USA	88,9	89,8	90,2
Österrike	81,7	83,9	84,8

Andel procent med femårsöverlevnad i bröstcancer. Avser åldersgruppen 15 år eller äldre och endast kvinnor. Siffrorna är åldersstandardiserade.

Källa: OECD, Breast cancer five year net survival.

Femårsöverlevnad i kolorektalcancer

Indikatorn syftar till att ge en bild av hur bra vården av en av de vanligaste cancerformerna fungerar. Tidig upptäckt ger bättre resultat och valet av femårsöverlevnad speglar därför både det preventiva arbetets kvalitet och själva vårdens effektivitet.

Mättet är åldersstandardiserat och avser åldersgruppen 15 och äldre.

Tabell 7. Femårsöverlevnad i kolorektalcancer

Procent

Land	2000–2004	2005–2009	2010–2014
Belgien	64,2	64,9	67,8
Danmark	51,5	56,5	61,6
Finland	61,2	63,1	64,8
Frankrike	60,6	63,6	63,7
Irland	53,2	58,4	60,5
Italien	59	64,3	64,1
Kanada	61,5	65,6	66,9
Nederländerna	58,1	60,9	63
Norge	60	64,3	66,6
Portugal	56,5	61,1	60,9
Spanien	56,6	61,2	63,3
Storbritannien	51,9	56,5	60
Sverige	60,2	64,3	64,9
Tyskland	62	64,9	64,8
USA	64,7	65,5	64,9
Österrike	60,7	63,5	63,7

Andel procent med femårsöverlevnad i kolorektalcancer. Avser åldersgruppen 15 år och äldre. Siffrorna är åldersstandardiserade.

Källa: OECD, Colon cancer five year net survival.

Amputationer på grund av diabetes

Med en god öppenvård och kontinuerlig uppföljning bör blodsockernivån kunna hållas inom acceptabla ramar. Om bensår ändå uppstår på grund av diabetes finns i dag metoder för att undvika kallbrand. Att man behöver tillgripa amputation är därför ett misslyckande för den förebyggande vården av patienter med diabetes.

Måttet gäller patienter per 100 000 invånare över 15 år och är kön- och åldersstandardiserat.

Tabell 13. Amputationer på grund av diabetes

Per 100 000 invånare

Land	2011	2012	2013	2014	2015
Belgien	4,8	4,5	4,5	4,1	
Danmark	7,6	7,3	8,8	7,8	8,3
Finland	2,5	2,6	2,5	2,0	2,8
Frankrike	4,3	4,2	4,4	4,4	4,3
Irland	2,5	3,0	3,2		
Italien	2,9	2,9	2,7		
Kanada				7,5	7,4
Nederländerna	4,7				
Norge	7,4	7,6	5,9	6,0	6,4
Portugal			11,9		9,1
Spanien	7,3	7,1	6,7	6,5	6,2
Storbritannien	2,7	2,6	2,9	2,8	2,9
Sverige	4,0	4,1	4,1	4,0	3,7
Tyskland	10,5		9,4		8,6
Österrike	24,4	21,6	15,5	13,3	14,1

Amputation av nedre extremiteter på grund av diabetes per 100 000 invånare. Avser åldersgruppen 15 år och äldre. Siffrorna är kön- och åldersstandardiserade.

Källa: OECD, Admission based diabetes lower extremity amputation.

Spädbarnsdödlighet

Detta är en vanligt förekommande indikator. Vi har valt andelen spädbarn som avlider inom 28 dagar från födseln. Indikatorn avspeglar kvaliteten i mödrahälsovård och vid förlossning.

Tabell 14. Spädbarnsdödlighet

Per 1 000 levande födda

Land	2011	2012	2013	2014	2015
Belgien	2,2	2,4	2,2	2,3	
Danmark	2,8	2,9	2,7	3,1	3,0
Finland	1,6	1,4	1,1	1,5	1,3
Frankrike	2,3	2,4	2,5	2,4	2,6
Irland	2,5			2,3	
Italien	2,0	2,0	2,0		
Kanada	3,7	3,6			
Nederländerna	2,7	2,6	2,4	2,2	2,5
Norge	1,4	1,3	1,7	1,8	1,5
Portugal	2,4	2,2	1,9	2,1	2,0
Spanien	2,1	2,1	1,9	2,1	1,8
Storbritannien	3,0	2,9	2,7	2,7	2,7
Sverige	1,4	1,7	1,7	1,4	1,7
Tyskland	2,4	2,2	2,2	2,2	2,3
USA	4,1	4,1	4,0	4,0	
Österrike	2,4	2,3	2,3	2,3	2,4

Neonatal mortalitet. Dödsfall före 28 dagars ålder per 1 000 levande födda.

Källa: OECD, Neonatal mortality, No minimum threshold of gestation period or birthweight.

Vaccination

Vi har valt att inkludera två mått på förebyggande sjukvård via vaccinering mot allvarliga sjukdomar. Dessa indikatorer är vaccinationsgraden för difteri, kikhosta och stelkramp respektive mässlingen.

Dessa indikatorer speglar dels arbetet med att informera, dels hur väl den förebyggande vården når ut till alla delar av befolkningen.

Tabell 15. Vaccination

Procent

Land	Vaccination mot difteri, kikhosta och stelkramp				Vaccination mot mässling			
	2000	2010	2014	2015	2000	2010	2014	2015
Belgien	95,0	98,0	99,0	99,0	82,0	95,0	96,0	96,0
Danmark	97,0	90,0	94,0	93,0	99,0	85,0	90,0	91,0
Finland	99,0	99,0	98,0	97,0	96,0	98,0	97,0	95,0
Frankrike	97,0	99,0	99,0	98,0	84,0	89,0	90,0	91,0
Irland	86,0	94,0	96,0	95,0	79,0	90,0	93,0	93,0
Italien	87,0	96,0	95,0	93,0	74,0	91,0	87,0	85,0
Kanada	89,0	77,0	91,0	91,0	96,0	93,0	90,0	90,0
Nederländerna	97,0	97,0	96,0	95,0	96,0	96,0	96,0	95,0
Norge	90,0	93,0	93,0	95,0	88,0	93,0	94,0	95,0
Portugal	96,0	98,0	98,0	98,0	87,0	96,0	98,0	98,0
Spanien	95,0	97,0	97,0	97,0	94,0	95,0	96,0	96,0
Storbritannien	91,0	94,0	95,0	96,0	88,0	89,0	93,0	95,0
Sverige	99,0	98,0	98,0	98,0	91,0	97,0	97,0	98,0
Tyskland	78,0	96,0	96,0	96,0	92,0	96,0	97,0	97,0
USA	94,0	95,0	95,0	95,0	91,0	90,0	92,0	92,0
Österrike	81,0	86,0	98,0	98,0	75,0	80,0	96,0	96,0

Vaccinationstäckning. Andel procent barn som är vaccinerade mot mässlingen respektive difteri, kikhosta och stelkramp.

Källa: OECD, Immunisation: Diphtheria, Tetanus, Pertussis Immunisation: Measles.

Potentiellt förlorade levnadsår

PYLL, Potential Years of Life Lost, är ett övergripande mått på hur många levnadsår som går förlorade på grund av att människor avlider i förtid (innan 70 års ålder). De kan vara svårt att skilja på vad som är en effekt av god sjukvård och vad som är en effekt av en hälsosam livsstil.

Vi har ändå valt att inkludera indikatorn som skapats för att fånga upp faktorer som de övriga indikatorerna inte täcker. Sverige har hela tiden haft det bästa värdet (minst antal förlorade levnadsår per 100 000 invånare).

Tabell 16. Potentiellt förlorade levnadsår

År per 100 000 invånare

Land	2011	2012	2013	2014	2015
Belgien	3 350,8	3 291,7	3 172,7	3 026,3	
Danmark	3 101,7	2 941,5	2 868,4	2 855,1	
Finland	3 394,8	3 307,2	3 099,5	3 007,1	
Frankrike	3 338,0	3 215,7	3 130,4		
Irland	3 041,9	2 932,7	2 814,8		
Italien	2 545,8	2 490,2			
Kanada	3 006,6	3 034,4			
Nederländerna	2 687,0	2 676,1	2 588,3	2 540,0	2 462,7
Norge	2 760,2	2 541,2	2 515,2	2 401,3	
Portugal	3 398,4	3 286,5	3 152,0	2 935,5	
Spanien	2 668,2	2 556,5	2 426,5	2 397,9	
Storbritannien	3 132,7	3 000,8	2 995,8		
Sverige	2 419,7	2 421,1	2 429,7	2 347,2	2 364,4
Tyskland	3 069,8	2 941,8	2 988,6	2 880,1	
USA	4 634,3	4 593,1	4 583,7	4 610,7	
Österrike	3 068,2	2 935,2	2 841,6	2 794,1	

PYLL beräknas genom att för alla dödsfall före 70 års ålder summera de levnadsår som förloras fram till att den avlidne skulle ha fyllt 70 år. Summan av förlorade levnadsår divideras sedan med befolkningen och beräknas per 100 000 invånare mellan 0–69 år.

Källa: OECD, All causes of death – Years lost, /100 000 population, aged 0–69 years old.

Blodtryck och blodsocker

Vi inkluderar två indikatorer från Världshälsoorganisationen som speglar hur bra arbetet för att kontrollera blodtryck och blodsockernivåer fungerar i de olika länderna.

Tabell 17. Blodtryck och blodsocker

Procent

Land	Andelen i befolkningen som har högt blodtryck				Andelen i befolkningen som har förhöjt blodsocker			
	2000	2010	2014	2015	2000	2010	2013	2014
Belgien	23,1	19,0	17,8	17,5	5,1	4,6	4,6	4,6
Danmark	28,7	23,6	21,2	20,6	4,7	4,4	4,3	4,3
Finland	27,4	21,8	19,8	19,4	5,6	5,4	5,4	5,3
Frankrike	30,1	24,8	22,5	22,0	5,5	5,8	5,9	5,9
Irland	26,9	22,4	20,2	19,7	5,5	6,1	6,2	6,2
Italien	29,4	24,0	21,7	21,2	5,3	5,7	5,8	5,8
Kanada	19,2	15,1	13,6	13,2	5,4	5,5	5,5	5,5
Nederländerna	26,3	21,4	19,3	18,7	4,4	4,4	4,4	4,3
Norge	26,6	22,0	20,2	19,7	5,1	5,1	5,1	5,1
Portugal	29,7	26,6	24,9	24,4	5,8	6,5	6,7	6,8
Spanien	26,5	21,7	19,7	19,2	7,0	7,1	7,1	7,1
Storbritannien	23,7	17,8	15,7	15,2	5,4	5,7	5,7	5,8
Sverige	27,5	22,1	19,9	19,3	4,9	4,9	4,9	4,9
Tyskland	29,4	22,7	20,5	19,9	4,9	4,9	4,9	5,0
USA	15,3	13,6	13,1	12,9	6,3	7,0	7,2	7,3
Österrike	28,2	23,3	21,4	21,0	4,3	4,3	4,3	4,3

Siffrorna avser Världshälsoorganisationens (WHO) uppskattning av andelen i befolkningen som har förhöjt blodsocker (äldre än 18 år) respektive förhöjt blodtryck (äldre än 18 år). Siffrorna är åldersstandardiserade. Gränsen för högst blodtryck är >140/>90 och för blodsocker >7,0 mmol/l (World Health Statistics, 2014).

Källa: WHO, Raised blood pressure (SBP>=140 OR DBP>=90), Raised fasting blood glucose (>=7.0 mmol/L or on medication)(age-standardized estimate).

Antibiotikaförskrivning inom primärvården

Förskrivning av antibiotika ska endast ske när bakterieinfektion konstaterats. Men eftersom många antibiotika är billiga tenderar läkare att ofta tillmötesgå patienternas önskemål om antibiotika – trots att detta riskerar att öka antibiotikaresistensen. Problem som orsakas av virus kan inte heller angripas med antibiotika, vilket innebär att antibiotika i så fall används i onödan.

Tabell 18. Antibiotikaförskrivning inom primärvården

Per 1 000 invånare

Land	2012	2013	2014	2015	2016
Belgien	29,8	29,6	28,5	29,3	27,5
Danmark	16,4	16,4	15,9	16,1	15,9
Finland	19,5	18,3	18,1	17,2	16,5
Frankrike	29,7	30,1	29,0	29,9	30,3
Irland	23,0	23,8	23,1	25,6	24,2
Italien	27,5	28,6	27,8	27,5	26,9
Nederländerna	11,3	10,8	10,6	10,7	10,4
Norge	16,9	16,2	15,9	15,8	15,2
Portugal	22,7	19,6	20,3	21,3	21,6
Spanien	19,7	20,3	21,6	22,2	22,2
Storbritannien	20,1	20,6	20,8	20,1	19,6
Sverige	14,1	13,0	13,0	12,3	12,0
Tyskland	14,9	15,8	14,6	14,4	14,1
Österrike	14,0	16,3	13,9	14,0	13,3

Consumption of Antibacterials for systemic use (ATC group J01) in the community (primary care sector), DDD per 1,000 inhabitants and per day.

Källa: European Centre for Disease Prevention and Control.

Folkhälsa

Tabell 19. Folkhälsoindikatorer

Liter per person och procent

Land	Alkoholkonsumtion				Andel överviktiga			Andel rökare			
	2013	2014	2015	2016	2013	2014	2015	2013	2014	2015	2016
USA	8,8	8,8			63,2	64,3	63,8	13,7	12,9	11,4	
Italien	7,4	7,6			45,8	46,4	45,2	21,1	19,7	19,8	20,0
Finland	9,1	8,8	8,5		49,9	52,1	56,0	15,8	15,4	17,4	
Nederländerna	8,7	8,0	8,0		45,6	48,2	47,4	18,5	19,1	19,0	
Sverige	7,3	7,2	7,2		46,9	46,5	48,3	10,7	11,9	11,2	
Kanada	8,2	8,0	8,1		52,1	52,5		14,9	14,0		
Tyskland	10,9	11,0			52,4	50,7		20,9			
Irland	10,6	11,0	10,9				53,0			19,0	19,0
Norge	6,2	6,1	6,0	6,0			46,0	15,0	13,0	13,0	12,0
Danmark	9,4				47,4			17,0	17,0	17,0	
Frankrike	11,6	12,0	11,9			46,1			22,4		
Storbritannien	9,4	9,4	9,5					19,0	19,0	17,8	16,1
Österrike	11,8	12,3				46,7			24,3		
Belgien	11,8	12,6			48,1				18,9		
Portugal	10,0	9,9				52,8			16,8		
Spanien	9,3					51,5			23,0		

Alcohol consumption (Litres per capita, 15+).

Overweight or obese population (self-reported % of total population).

Tobacco consumption (% of population aged 15+ who are daily smokers).

Källa: OECD.

Svensk sjukvård i internationell jämförelse

Internationell jämförelse 2018

Sveriges Kommuner och Landsting (SKL) publicerar regelbundet underlag för att värdera kvalitet och effektivitet i sektorer som kommuner och landsting ansvarar för. I denna rapport jämförs hälso- och sjukvården i olika länder. Svensk sjukvård jämförs med vården i Belgien, Danmark, Finland, Frankrike, Italien, Irland, Kanada, Nederländerna, Norge, Portugal, Spanien, Storbritannien, Tyskland, USA och Österrike.

Syftet är att se hur sjukvården i Sverige står sig i förhållande till vården i andra länder.

Svensk sjukvård i internationell jämförelse, från SKL, har publicerats vid tre tidigare tillfällen; 2005, 2008 och 2015.

Rapporten går att ladda ned från www.skl.se.

Upplysningar om innehållet:

Roger Molin tfn 08-452 77 26 (text)

Einar Sjölund tfn 08-452 79 50 (diagram och tabeller)

© Sveriges Kommuner och Landsting

1:a upplagan, juni 2018

ISBN 978-91-7585-542-4

Text: Roger Molin, Einar Sjölund

Produktion: Elisabet Jonsson

Ladda ned på webbutik.skl.se

Post 118 82 Stockholm | Besök Hornsgatan 20
Telefon 08-452 70 00 | www.skl.se



Sveriges
Kommuner
och Landsting